



Aanvraagformulier voor een intake bij de adviseur autoaanpassingen

Naam:		Behandelend arts:	
Adres:		Datum aanvraag:	
Postcode:		In bezit van rijbewijs:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Woonplaats:			
Telefoonnummer:			
E-mail:			
Geboortedatum:			

Diagnose en datum ontstaan:			
Reden aanvraag:			
<input type="checkbox"/> Beoordeling rijgeschiktheid			
<input type="checkbox"/> Informatie aanpassingen			
<input type="checkbox"/> Rijles			
<input type="checkbox"/> Anders.....			
Lichamelijke toestand (invullen wat bekend is)			
<input type="checkbox"/> Continent			
<input type="checkbox"/> Incontinent			
<input type="checkbox"/> Contact isolatie			
<input type="checkbox"/> Bacteriële infectie			
<input type="checkbox"/> In coma geweest			
<input type="checkbox"/> Epilepsie (indien aangevinkt, datum laatste insult)			
Cognitie			
Aandacht	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Verminderd	
Tempo informatieverwerking	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Verminderd	
Handelen	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Verminderd	
Visus	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Verminderd	
Gezichtsvelden	<input type="checkbox"/> Intact	<input type="checkbox"/> Hemianopsie	
Inattentie (L / R)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja (bij evident neglect ongeschikt)	
Kracht / Sensibiliteit / Coördinatie			
Armfunctie (L / R)	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Verminderd	<input type="checkbox"/> Afwezig
Beenfunctie (L / R)	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Verminderd	<input type="checkbox"/> Afwezig
Overige factoren die autorijden kunnen beïnvloeden (denk hierbij aan de vragen op de gezondheidsverklaring van het CBR):			